



BULLETIN D'ADHESION DE L'ASSOCIATION AUTISME REUNION

NOM :Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :portable :@ :

Qualité : parents professionnel sympathisant Etablissement

Profession :

Cotisation : 20 euros (chèque à l'ordre de : association AUTISME REUNION) Don :

Si vous êtes parents , veuillez noter le prénom et l'année de naissance de vos enfants :

Enfant atteint de troubles autistiques :Année :

Signature :

Autres enfants :Année :

.....Année

.....Année.....

.....Année